Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



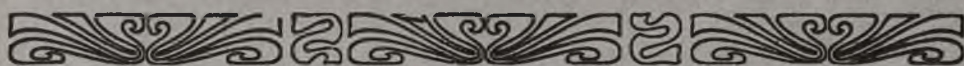
Rok VII. Kwiecień 1935 Nr. 4

Pielęgniarka Polska Nr. 4

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 4

SOMMAIRE:



Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Za cały rok zgóry 6 zł.

Rocznie 8 zł. **Półrocznie 4 zł.**

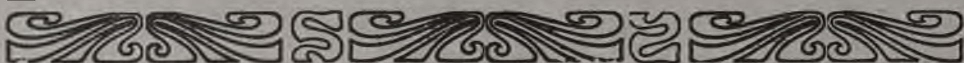
Kwartalnie 2 zł. — Miesięcznie 70 gr.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.



Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VII Kwiecień 1935 Nr 4

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Pomoc w nagłych wypadkach

II

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA W RATOWNICTWIE

Art. 247 Kodeksu Karnego opiewa: „Kto nie udziela pomocy człowiekowi, znajdującemu się w położeniu, grożącem bezpośredniem niebezpieczeństwem dla życia, mogąc to uczynić bez narażania siebie, lub osób bliskich na niebezpieczeństwo osobiste, podlega karze więzienia do lat trzech, lub karze aresztu do lat trzech".

Nikt, ktoby to nie był, nie może tłumaczyć się tutaj nieznajomością prawa. Na personelu lekarskim i pomocniczym, a w szczególności na pielęgniarkach obowiązek ten ciąży jeszcze silniej z tytułu specjalnego poświęcenia się pomocy ludziom chorym. W myśl prawa, gdyby osoby te zaniedbały udzielenia pierwszej pomocy, odpowiadałyby przed sądem narówni z innemi, jednakże zawód ich byłby dla nich poważną okolicznością obciążającą.

Prawo nie wymaga narażania nas samych lub osób nam bliskich na niebezpieczeństwo. Nie będzie karany ten, kto widząc tonącego, nie skoczy do wody, skoro sam pływać nie umie, zato karany będzie ten, kto, jadąc łódką, nie zawróci, aby tonącemu dać ratunek. W wypadkach, wymagających doraźnej pomocy lekarskiej, niebezpieczeństwo grożące nam osobiście zazwyczaj nie zachodzi, to też brak czasu, utrata zarobku, lub inne tym podobne względy nie stanowią wystarczających powodów do zaniedbania chorego.

W żadnym wypadku nie wolno porzucić chorego, dopóki grozi mu utrata życia lub zdrowia, ani nie wolno polecić go osobie niezdolnej do wykonywania dalszej pomocy. W praktyce sprawa ta przedstawia się tak, że o ile osoba, która uległa wypadkowi, wymaga dalszej opieki, staramy się odstawić ją do najbliższego lekarza, lub szpitala, względnie wezwać lekarza, lub pogotowie ratunkowe. Do wezwania najlepiej używać władz policyjnych, lub gminnych.

Przy udzielaniu pierwszej pomocy każdy winien postępować według najlepszej swej woli i wiedzy, tem bardziej, że niejednokrotnie ratujący bywa narażony na warunki, jakich nie spotyka ani w życiu codziennem, ani podczas wykonywania swego zawodu. A jakże często nie można udzielić ratunku choremu z powodu braku odpowiedniej pomocy, narzędzi lub pomieszczenia; usiłowanie wykonania koniecznego zabiegu w takich warunkach mogłoby doprowadzić do większego niebezpieczeństwa chorego.

Jak trudne bywają czasem warunki przy udzielaniu pierwszej pomocy, niech powie poniższy, znany mi przykład.

W pewnej fabryce na Woli w Warszawie, odłamek żelaza zranił robotnikowi tętnicę udową tuż pod wiązadłem pachwinowem; otwór w skórze był niewielki, przepuszczał zaledwie palec, krwotok zaś był bardzo duży i każda chwila zwłoki groziła choremu wykrwieniem. Felczer fabryczny usiłował założyć choremu opaskę Esmarcha, ale ta nie sprawiała swego zadania, gdyż naczynie było zranione zbyt wysoko; ucisk obu rękoma powyżej miejsca skaleczonego, pod wiązadłem, również był niedostateczny i prędko męczył ratującego, gdyż chory był silnie zbudowany i otyły; decyzję innego ratowania należało powziąć natychmiast. Felczer nie miał czasu ani na wygotowanie narzędzi, ani na umycie rąk, jedynem, co mu pozostało — to ucisk bezpośredni palcem tętnicy do kości; włożył więc palec do rany i mocno ucisnął krwawiące naczynie do kości udowej. Życie chorego zostało uratowane.

Moglibyśmy zarzucić felczerowi, że działał wbrew zasadom aseptyki, jednakże w przypadku tym niebezpieczeństwo infekcji było mniejszem niebezpieczeństwem, niż śmiertelny krwotok. Cóż warta byłaby nasza pomoc, gdybyśmy się starali zachować wszystkie zasady, a tymczasem pacjent by umarł?

Przypadek ten jest przykładem natychmiastowej, trudnej decyzji, nierzadko jednak ratujący znajdzie się w sytuacji, w której nic nie może poradzić. Żaden lekarz, nawet przy stwierdzonym krwotoku wewnętrznym do jamy brzusznej nie będzie starał się robić na ulicy operacji, ponieważ usiłowanie takie byłoby dla chorego bardziej niebezpieczne, niż dostarczenie go do szpitala.

W wielu wypadkach, kiedy bezpośrednie niebezpieczeństwo choremu nie grozi, a żąda on od nas pomocy, odmawiamy mu jej z powodu braku

odpowiednich warunków. Jaskrawym przykładem niech będą tu wypadki uwięznięcia ciała obcego w przełyku.

Wypadki te zdarzają się często u ludzi ze zwężonemi przełykami, czyto po otruciach, czy też przy zmianach zapalnych lub nowotworowych; kawałek pokarmu, zatrzymawszy się w świetle przełyku lub w jego uchyłku, nie zawsze wywołuje takie utrudnienie oddychania, któreby groziło bezpośredniem niebezpieczeństwem dla życia; są tacy chorzy, którzy sami przepychają sobie z łatwością ciało obce sondą do żołądka. Czasem jednak usiłowanie przepchnięcia może zakończyć się źle: sonda może przebić przełyk, a wtenczas następuje z reguły zakażenie śródpiersia, co prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Chorego z ciałem obcem w przełyku należy tylko uspokoić, wytłumaczyć mu, że nie grozi mu bezpośrednie niebezpieczeństwo, że jest czas na udanie się do specjalisty. Uszkodzenie przełyku byłoby uszkodzeniem bardzo ciężkiem i ratujący mógłby odpowiadać przed sądem za nieumyślne spowodowanie śmierci.

A **art. 230 Kodeksu Karnego** mówi wyraźnie: „Kto nieumyślnie spowoduje śmierć człowieka, podlega karze więzienia do lat pięciu“.

Do omawianych sytuacyj odnosi się również **art. 33 Prawa o wykroczeniach:** „Kto, będąc niezdolnym do czynności, której nieumiejętne wykonanie może wywołać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego, taką czynność przedsiębierze, lub kto porucza ją osobie do jej wykonania niezdolnej, podlega, jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, karze aresztu do trzech miesięcy lub grzywny do trzech tysięcy złotych“. Artykuł ten najczęściej ma zastosowanie w ratownictwie w przypadkach ginekologicznych, gdy nieudolne wykonanie usunięcia ręcznego łożyska grozi zdrowiu i życiu pacjentki.

Trudno mi tu przytoczyć wszystkie możliwe okoliczności, w których każdy może się znaleźć i trudno dać receptę postępowania. W tej krótkiej notatce chciałbym tylko wskazać na odpowiedzialność sądową przy udzielaniu pierwszej pomocy. Jak postępować należy w nieszczęśliwym wypadku, uczy nas specjalny dział medycyny, a mianowicie ratownictwo. Mowa tam jest, kiedy i jakie zasady należy stosować, co możemy, a czego nie możemy robić w warunkach nieszczęśliwego przypadku.

Pomoc nasza będzie zależna od stopnia naszej wiedzy i naszego sprytu, zawsze jednak będziemy mieć na uwadze rzecz najważniejszą: uratować życie ludzkie!

Dr. August Jokiel

Obserwacja chorego

Dziecko z rozpoznaniem: nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; prawostronne odoskrzelikowe zapalenie płuc.

Siedmiomiesięczna Jasia G. została przyjęta na oddział niemowlęcy Szpitala im. Karola i Marji w Warszawie w dniu 5. III. b. r.

Rodzice dziecka mieszkają w Gocławku pow. warszawskiego, gdzie zajmują wraz z 4-em dzieci szczupłą, małosłoneczną i wilgotną izdebkę. Warunki materjalne b. ciężkie. Ojciec — 44 l., z zawodu murarz, jest chwilowo bez pracy. Matka — 26 l., trudni się gospodarstwem domowem. Dotąd wszyscy domownicy byli zdrowi.

Jasia sypiała oddzielnie. Od maleńkości karmiona była nieregularnie, w 1-ym tygodniu wyłącznie pokarmem matki, potem z powodu zatrudnienia tej ostatniej poza domem, rozwodnionem mlekiem krowiem. Tak odżywiano ją dotychczas, nie wprowadzając niczego więcej do diety.

Choroba Jasi zaczęła się nagle przed 4-ma tygodniami wymiotami, drgawkami i wysoką temperaturą. Uwagę rodziców zwróciło odchylenie główki ku tyłowi i głośny płacz przy najmniejszem poruszeniu. Z powodu braku odpowiednich papierów, oddano Jasię do szpitala dopiero po upływie miesiąca.

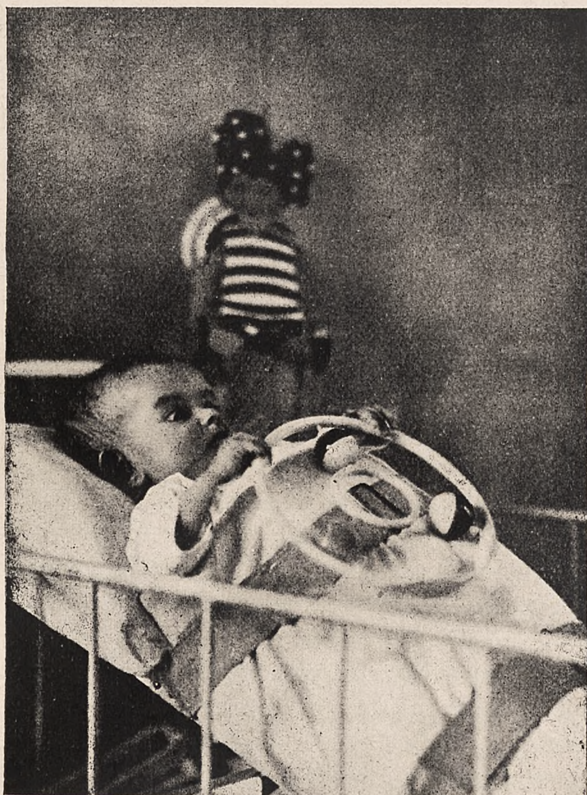
Dziecko wątłe, drobne i bardzo wyniszczone robiło wrażenie ciężko chorego. Temp. 36.6. Waga 4.750 kg. (powinno być 6.900 kg.). Wzrost 63 cm. (o 4 cm. za mało). Długość ciemieniowo - siedzeniowa 41.5. Na kośccu dość wyraźnie zaznaczone zmiany krzywicze: klatka piersiowa u dołu nieproporcjonalnie rozszerzona i nieco spłaszczona, główka — duża o wystających guzach czołowych i ciemieniowych. Tkanki wiotkie, podściółka tłuszczowa źle rozwinięta. Skóra blado - szara, sucha, pomarszczona i pokryta obfitą drobnoplamistą, różową, zlekka wygórowaną wysypką. W fałdach i załamaniach skóry liczne odparzenia.

Wyraz oczu dziecka przytomny, ale smutny, zmęczony. Oddech przyśpieszony. Od czasu do czasu występował kaszel, początkowo powierzchowny, suchy, potem głęboki, wilgotny. Ciemiączko duże, bardzo napięte i wygórowane. Sztywność karku niewielka. Nóżki przykurczone do brzuszka, przy rozprostowywaniu ich dziecko głośno płakało i prężyło się.

Odczyn Wassermana i próba Pirquet'a wypadły ujemnie.

Dwukrotnie dokonane przez lekarza nakłucie lędźwiowe dało płyn lekko mętny pod wzmożonem ciśnieniem, o odczynie zapalnym; badanie płynu wykazało b. dużą ilość białych ciałek przy minimalnej liczbie niewyraźnych meningokoków. Lekarz zrobił uwagę, że prawdopodobnie mamy tu do czynienia z zastarzałym, samogojącym się przypadkiem nagminnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych.

W ciągu pierwszych 6-ciu dni temperatura normalna, jednakże wygląd dziecka i jego zachowanie ulegały stopniowemu pogarszaniu. Łaknienie coraz gorsze. Dziecko zaczęło więcej kaszleć i mieć trudności w oddychaniu, robiło wrażenie osłabionego, męczyło się lada poruszeniem, zdradzało chwilami duży niepokój, objawiający się kręceniem główki i trzepotaniem rączek. Badanie uszu nie wykazało zmian chorobowych.



Dziecko, ułożone na podpórce, w ostatnim tygodniu pobytu w szpitalu. Zwracają uwagę zmiany krzywicze główki.

7-go dnia nastąpił nagły skok temperatury do 39.4°. Lekarz znalazł prawostronne odoskrzelikowe zapalenie płuc, co potwierdziło i zdjęcie rentgenowskie. Równocześnie z podwyższeniem temperatury, wystąpiły obfite wymioty o charakterze gwałtownym oraz wolne stolce z dużą ilością śluzu, źle strawione.

Stosowano okłady z gorczycy na klatkę piersiową, domięśniowe zastrzyki z camphochiny oraz ciepłe owijanie brzuszka. Dziecko ułożono wysoko na podpórce. W ciągu następnych dni temperatura szybko spadała

do normy, kaszel ustępował, wymioty jednak trwały w dalszym ciągu i to bardzo uporczywe. Ciemiączko mniej napięte, ale sztywność karku dość duża. Lekarz dokonał jeszcze jednego nakłucia lędźwiowego, przy którem wprowadzono do kanału 10 cm^3 surowicy meningokokowej.

Dieta: mleko białkowe i mieszanka skoncentrowana, t. zw. „dubofa“ (mleko + mąka + cukier).

Początkowo karmiono Jasię co 3 godziny, w okresie wymiotów — co 2 godziny, a gdy nie było poprawy — co godzinę. Apetyt bardzo zły. Na widok kubeczka, dziecko odwracało główkę, płakało i już po pierwszej łyżce miało odruchy wymiotne. Dobowa liczba wymiotów doszła do 16. Krzywa wagi w niepokojąco szybkiem tempie stale się obniżała. Mimo poprawy w płucach i ustępowania objawów oponowych, dziecko wyglądało coraz gorzej.

Twarzyczka jakby zmalała, rysy zaostrzone, ciemię zapadnięte. Dokoła ust i nosa lekka sinica. Oczka przytomne, głęboko zapadnięte o wyrazie wybitnie cierpiącym i wystraszonym. Jasia leżała bezwładnie, niepokoiła się jednak przy zbliżeniu się pielęgniarki do łóżeczka.

Od dnia pojawienia się wymiotów, codziennie wstrzykiwano podskórnie środki nasercowe i glukozę 5% w ilości 200 — 300 gr. naraz, tak, że w sumie dziecko dostało jej w przeciągu 7-miu dni 2.000 gr., prócz tego robiono lewatywy odżywcze z glukozy 5%, 2 razy dziennie.

Ponieważ wymioty ciągle trwały, spróbowano karmić dziecko co 15 minut, dając naraz 15 gr. mieszanki zimnej, wprost z lodówki. Odtąd nastąpił zwrot w chorobie. Wymioty stały się mniej gwałtowne i występowały rzadziej, aż wkońcu zupełnie minęły. Stolce pod wpływem mleka białkowego również uległy poprawie. Gdy łaknienie stało się nieco lepsze, ostrożnie, stopniowo powrócono do karmienia co godzinę, a wkrótce potem — co dwie godziny, przyczem podawano już pokarm ciepły. Wymioty już nie powtórzyły się mimo pojawienia się choroby posurowiczej.

Wysypka, utrzymująca się od początku na całem ciałku, zmalała w ciągu pierwszego tygodnia pod wpływem okładów z 5% ichtjolu, potem jednak znowu się nasiliła i robiła wrażenie swędzącej: dziecko kaprysiło, sypiało mało i niespokojnie, drapiąc się niemal bez przerwy. Na stopkach pojawiły się wypryski ropne, które nasunęły podejrzenie świerzby. Przez 3 dni z rzędu smarowano całe ciałko maścią cynkową pół na pół z maścią Wilkinsona (skład tej ostatniej: siarka, mydło szare, dziegieć i wazelina), a 4-go dnia zrobiono kąpiel 40°, trwającą 5 minut. Wysypka ustąpiła zupełnie, ciałko zbladło.

Jasia zaczęła się poprawiać niemal z dnia na dzień, apetyt wzrastał. Zaczęto karmić co 3 godziny, 7 razy na dobę, a wkońcu już tylko 6 razy, przyczem mleko białkowe zamieniono na „sibo“ ($^2/_3$ mleka + $^1/_3$ kleju), a „dubofa“ — na kaszkę dwuwartościową.

Cera Jasi nabrała odcienia różowego, oczka stały się bystre, ożywione i interesujące się otoczeniem. W ciągu dnia i nocy dziewczynka dużo spała, w przerwach bawiła się grzechotką i gaworzyła, a przy przewijaniu uśmiechała się.

10. IV. wypisano Jasię ze szpitala z wagą 5.250 g. Matce polecono Jasię zapisać do ośrodka zdrowia, oraz dano instrukcje co do odżywiania i prowadzenia jej.

Jadwiga Szmakfeferówna
Abs. i instr. W. S. P.

Praca pielęgniarki społecznej w warunkach prowincjonalnych

Referat, wygłoszony w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa 25. października 1934 roku, podczas kursu uzupełniającego, zorganizowanego przez P. S. P. Z.

Współczesna medycyna społeczna, której zadaniem jest podniesienie stanu zdrowotnego szerokich warstw ludności, dąży do tego celu drogą zapobiegania chorobom, oraz drogą propagandy higjeny osobistej i higjeny otoczenia. Największą troską i utrapieniem lekarza - higjenisty jest walka ze śmiertelnością niemowląt oraz tak zwane choroby społeczne, t. j. gruźlica, jaglica, choroby weneryczne. Placówkami do zwalczania tych chorób są przychodnie lub ośrodki zdrowia.

W Polsce, w ciągu kilku zaledwie lat, rozprzestrzeniły się szeroko ośrodki zdrowia. Obejmują one gęstą siecią cały kraj i docierają do wsi i miasteczek. Duszą ośrodków zdrowia i przychodni stała się praca pielęgniarki. — Przed zawodem naszym otworzył się szeroki dział pracy w warunkach bardzo różnorodnych, zwykle bardzo ciężkich. Młode pielęgniarstwo polskie znalazło się wobec trudnego zagadnienia i musiało stanąć na wysokości zadania, aby zdać egzamin swej dojrzałości.

Sądzę, że praca pielęgniarki społecznej w warunkach prowincjonalnych będzie jeszcze przez szereg lat tematem naszych zjazdów i zebrań, gdyż wiele zagadnień z nią związanych wymaga wzajemnej wymiany myśli i szczegółowego omówienia. Temat mój będę się starała ująć z ogólnego punktu widzenia i zwrócić uwagę Koleżanek na pewne sprawy ogólne, a pominę szczegóły, zresztą dobrze znane, jak technika codziennej pracy w ośrodku i t. p.

Dla uniknięcia nieporozumień chcę zgóry określić granice moich rozważań. Mówiąc o pracy na prowincji, będę miała na myśli wsie, miasteczka i mniejsze miasta prowincjonalne, liczące kilka czy kilkanaście tysięcy mieszkańców, w których praca ośrodka zdrowia nie ogranicza się

tylko do jednej miejscowości, ale obejmuje sąsiednie wioski i osiedla. Wykluczam natomiast z moich rozważań większe miasta prowincjonalne, liczące już 40 czy 60 tysięcy mieszkańców, bo tam zasięg ośrodka zdrowia i systematyczna praca społeczno - pielęgniarska zasadniczo nie wyjdzie poza rogatki miasta.

T y p   ś r o d o w i s k a

Jak już wspomniałam, praca ta z natury swej jest bardzo różnorodna. Na plan pierwszy wysunie się typ środowiska. W zależności od tego, czy będzie to środowisko miejskie, robotnicze czy rolnicze, napotkamy różny typ pacjenta, szukającego porady w przychodni czy ośrodku. Pielęgniarka społeczna musi to wziąć pod uwagę, musi wniknąć w indywidualną psychikę danego środowiska, a poza tem zapoznać się z codziennemi kłopotami pacjentów, z ich zajęciem i trybem życia, aby umiała wejść w ich położenie. Stąd już prosta prowadzi droga do zaskarbienia sobie zaufania pacjentów.

W zależności od środowiska, należy unormować godziny przyjęć w poradniach i godziny odwiedzin domowych, aby umożliwić korzystanie z instytucji jak najliczniejszemu szeregowi ludzi, zajętych pracą w warsztatach fabrycznych, w biurach czy na roli. Pamiętać należy, że z godzinami pracy ojców i mężów ściśle związana jest możność korzystania z poradni ich rodzin.

Nadto typ środowiska stwarza różne zagadnienia w dziale medycyny społecznej; i tak w ośrodkach robotniczych zajdzie potrzeba tworzenia żłobków i otoczenia opieką niemowląt, często pozbawionych tej opieki; w ośrodkach wiejskich natomiast na czoło wysunie się konieczność propagandy higjeny obejścia, a więc studzien, zagród, gnojówek i t. p.

Dalej pod uwagę należy wziąć stan kulturalny ludności i jej poziom umysłowy. Na ziemiach polskich zachodzą pod tym względem przeciwieństwa wprost diametralne, jeśli porówna się ludność województw zachodnich z ludnością województw wschodnich. Poziom intelektualny środowiska decyduje o sposobie odnoszenia się pielęgniarki do ludności i stwarza całą skalę programów pracy, dostosowanych do poziomu umysłowego mieszkańców.

Stan materjalny ludności będzie miał również wpływ na program pracy. Już zgóry można przewidzieć, że im większy jest dobrobyt, tem wyższy będzie stan higjeny. Stan finansowy ludności musi być brany w rachubę w naszej pracy przedewszystkiem dlatego, że powoduje on pewne problemy społeczne, które należałoby rozwiązać, np. w pewnych okolicach ubóstwo ludności będzie tak powszechne, że dożywianie ogółu dziatwy szkolnej stanie się koniecznością, w innych zaś okaże się zbytecznem lub dotyczyć będzie tylko jednostek. Wpłynie to także na tok pracy w ośrodku czy przychodni; chory bogatszy z łatwością wykona

zlecenia lekarza i w zamożniejszej okolicy pomoc finansowa w postaci bezpłatnych leków lub t. p. należeć będzie do wyjątków. W okolicy biedniejszej przeciwnie, będzie ona zawsze na porządku dziennym. Wówczas zajdzie potrzeba uzyskania funduszów na te cele, aby pacjenci naprawdę mogli odnieść korzyść z instytucji.

Wreszcie wspomnę o narodowości ludności, wśród której wypadnie nam pracować. Pamiętajmy, że nie wolno nam robić żadnych wyjątków, że nie wolno nam traktować chorych, których mamy w opiece gorzej czy lepiej, zależnie od tego czy będzie to Polak, Rusin, Niemiec czy Żyd.

B u d ż e t

Źródła utrzymania poradni lub ośrodka bywają różne. Naogół te ostatnie utrzymywane są przez samorządy, a subwencjonowane przez Rząd, ubezpieczalnie społeczne, Polski Czerwony Krzyż, powiatowe koła walki z gruźlicą i t. p. Ten sposób wydaje mi się najlepszy. Fakt utrzymywania poradni przez związek samorządowy nadaje jej większą trwałość. Dążyć jednak należy do tego, aby wszystkie instytucje powołane do tego współdziałały z samorządami i poradnie subwencjonowały.

Ściśle łączy się z tem kwestja budżetu. Wspominam o sprawach budżetowych dlatego, że wiem z praktyki, iż układanie budżetu ośrodka zdrowia nieraz poruczane bywa pielęgniarce. Sprawy te więc nie mogą być jej obce i musi być w nich dobrze zorjentowana. Należy tu przedewszystkiem podkreślić fakt, że prowincjonalne ośrodki zdrowia są utrzymywane z reguły bardzo nikłemi funduszami i mimo to praca w nich idzie dobrze. Odważę się nawet zaryzykować twierdzenie, że właśnie ich taniość jest jedną z przyczyn, która umożliwia nietylko trwanie istniejących, ale tworzenie nowych placówek, pomimo obecnego kryzysu.

Koszt prowadzenia ośrodka zdrowia, złożonego z 2 przychodni, w którym zatrudniona jest 1 pielęgniarka wynosi przeciętnie 3.500—6.000 zł. rocznie. Są to naturalnie ośrodki bardzo skromnie urządzone, w osiedlach mniejszych, bez rentgena, ale zwykle z lampą kwarcową i mikroskopem. Praca lekarska ogranicza się w nich do 1 przeciętnie godziny dziennie. Prowadzi się w nich zwykle poradnię przeciwgruźliczą i przeciwjagliczą, a jeżeli uzupełni się taki ośrodek stacją opieki nad matką i dzieckiem wraz z kuchnią mleczną, koszta podniosą się proporcjonalnie o 2 — 3 tysiące złotych rocznie.

W budżecie ośrodka zdrowia, obok kwot na opłacenie lokalu, światła, opału, usługi, lekarza i pielęgniarki, należałoby, o ile możności, zabezpieczyć kwoty na leki dla najuboższych chorych; w niektórych miejscowościach leków tych w pewnej ilości dostarcza bezpłatnie ubezpieczalnia społeczna.

Dla przykładu podam wzór budżetu ośrodka zdrowia w warunkach bardzo skromnych.

Wydatki:

lokal	600 zł.
światło, opał	120 „
usługa	180 „
płaca lekarska	600 „
płaca pielęgniarki	1800 „
ubezpieczenia personelu . .	280 „
leki, środki dezynf. i t. p. . .	360 „
druki, broszury propagandowe	60 „
Razem . .	4000 zł.

W dochodach należy uwzględnić dotacje wydziału powiatowego (sejmiku, czy magistratu), Rządu i innych instytucyj.

L o k a l o ś r o d k a z d r o w i a

Poza ułożeniem budżetu, spadnie nieraz na pielęgniarkę ciężar wybrania lokalu i urządzenia ośrodka. Najlepiej nadaje się na ośrodek oddzielny domek parterowy, z podwórzem, własną studnią i ustępem. Tam, gdzie lokal na ośrodek musi być wynajęty w większym budynku, powinien posiadać oddzielne wejście tak, aby chorzy nie stykali się z mieszkańcami danego budynku, powinien też posiadać oddzielny ustęp. Ilość ubikacyj zależy od tego, jakie poradnie mają być prowadzone. Wiemy, że dla poradni przeciwgruźliczej, przeciwjagliczej i przeciwwenerycznej powinny być oddzielne poczekalnie i gabinety lekarskie. Stoją temu często na przeszkodzie skromne fundusze i brak odpowiedniego lokalu. Z konieczności najczęściej musi się prowadzić wszystkie te poradnie w dwu lub trzech pokojach. Jednakże pamiętać należy, aby każda z poradni była czynna w innym dniu tak, by chorzy stanowczo nie stykali się z sobą. Obowiązuje dokładne oczyszczenie lokalu, codzień po skończonej ordynacji.

N i e w o l n o p o d ż a d n y m w a r u n k i e m p r o w a d z i ć s t a c j i o p i e k i n a d m a t k ą i d z i e c k i e m w t y c h s a m y c h u b i k a c j a c h, w k t ó r y c h p r o w a d z i s i ę k t ó r ą k o l w i e k z p o w y ż s z y c h p o r a d n i. Ośrodek zdrowia, w którym obok jednej czy dwu poradni prowadzi się stację opieki nad matką i dzieckiem, musi składać się conajmniej z czterech ubikacyj, z czego dwie przeznaczyć trzeba wyłącznie na stację opieki. Dla kuchni mlecznej potrzebne jest osobne pomieszczenie. Wymagania, które wymieniłam, są minimalne i nie można od nich odstąpić.

Urządzenie lokalu winno być jak najskromniejsze.

R o z k ł a d p r a c y

Pracę w ośrodku zdrowia należy rozłożyć celowo, aby była jak najwydatniejsza. Odpowiednia organizacja z pewnością w znacznej mierze

ją ułatwi. Najlepiej ułożyć, stosownie do warunków, ścisły plan zajęć w ciągu dnia, tygodnia i miesiąca, zależnie od pory roku. Ludność wiejska mniej będzie korzystała z przychodni w okresie żniw i robót jesiennych i wtedy czas wolny należy odpowiednio wyzyskać. Pracę w ciągu tygodnia należy ułożyć tak, aby jeden dzień w tygodniu był wolny od zajęć w ośrodku, i dzień ten przeznaczyć na wywiady zamiejscowe i wyjazdy. Nie może to być dzień targowy, w którym ośrodek musi być bezwzględnie czynny. Godziny przyjęć w przychodniach powinny być dogodne dla ludności zamiejscowej, która często, aby dostać się do przychodni, musi przebywać kilkanaście kilometrów. Dlatego najdogodniejsze dla niej są godziny południowe, np. 11-ta czy 12-ta. Godziny ranne najlepiej poświęcić na higjenę szkolną, zaś popołudniowe — na wywiady miejscowe i bliższe zamiejscowe, rezerwując wolny dzień w tygodniu na wyjazdy dalsze. W ten sposób zajęcia systematycznie rozłożone nie będą ze sobą kolidować i będą mogły być wykonane we właściwym czasie.

Zakres pracy pielęgniarskiej w ośrodku zdrowia, zatrudniającym choćby jedną pielęgniarkę, podzieliłabym na trzy działy:

1) praca związana z ośrodkiem i prowadzonemi w nim przychodniami, a więc przedewszystkiem odwiedziny domowe,

2) higjena szkolna,

3) akcja propagandowa.

Odwiedziny domowe

Zdaniem mojem zasięg ośrodka zdrowia nie może przekraczać promienia 10 klm. Cyfrę tę podaję jako maksymalną, ponieważ już i przy mniejszych odległościach wywiady są uciążliwe.

Największą trudność sprawiają złe warunki komunikacyjne. Sprawa środków lokomocji dotąd nie jest należycie rozwiązana. Bo w jaki sposób mamy docierać do odleglejszych miejscowości? W niektórych powiatach wyznaczają wydziały powiatowe czy też powiatowe koła walki z gruźlicą niewielkie kwoty ryczałtowe na wyjazdy, w innych powiatach dostarczają podwód gminy; gorzej, gdy wyjazdy można odbywać tylko od czasu do czasu, korzystając z bezpłatnej okazji, jak wyjazd lekarza powiatowego itp. Często trzeba zdać się na własne siły i odbyć drogę pieszo.

Za najszczęśliwsze dotychczas rozwiązanie uważam dostarczenie podwód bezpłatnych przez gminy. Odległość ponad 10 klm. uniemożliwi także pacjentom korzystanie z ośrodka zdrowia, bo trudno wymagać np. od chorego na jaglicę, aby odbywał 3 razy tygodniowo kilkunastokilometrowe przechadzki w ciągu kilku miesięcy. A cóż dopiero, gdy chorym tym jest starzec czy dziecko. Następnie nasuwa się tu trudność badania osób, mających styczność z chorym i sprowadzenie ich do ośrodka; jeżeli nawet uda nam się nakłonić je do zgłoszenia się u lekarza, znaczniejsza odległość

uniemożliwi wykonanie tego zamiaru. Stąd uważam, że w praktyce praca ośrodka nie może wychodzić poza odległość 10 klm. w promieniu; w tych maksymalnych granicach może się odbywać systematyczna praca pielęgniarki, a w szczególności jej praca w terenie. Nie wynika z tego, aby nie przyjmować w ośrodku chorych, zgłaszających się z dalszych miejscowości; wprost przeciwnie: każdy zgłaszający się winien znaleźć w ośrodku odpowiednią poradę; chorych takich, po udzieleniu porady lekarskiej, należy dokładnie pouczyć, jak powinni zachować się wobec domowników, dać im odpowiednie broszurki i, ponieważ pielęgniarka do domu ich nie dotrze, zachęcić ich do częstego odwiedzania ośrodka.

Jak należy organizować wyjazdy?

Po przybyciu do wioski, aby nie tracić czasu na szukanie domu pacjenta, najlepiej udać się do naczelnika gminy czy sołtysa, który wskaże poszukiwane chaty, a nieraz zaprowadzi do domów, których chorzy mieszkańcy nie są jeszcze w opiece ośrodka. Jeżeli pielęgniarka w ciągu tygodnia będzie tylko w 2 wioskach, a w promieniu 10 klm. może mieć 10 — 15 wiosek, to każdą wioskę może odwiedzić w ciągu roku 8 — 9 razy, co da jej możność otoczenia pacjentów dostateczną opieką.

Zła komunikacja nie jest jedyną trudnością, czyhającą na pielęgniarkę w jej pracy wśród ludności. Znacznie większym mozołem do pokonania jest sama ludność. Cóż bowiem spotykamy w chatach wiejskich najczęściej? Ludzie o bardzo niskim poziomie intelektualnym i o niskiej kulturze, mieszkają i żyją w jak najgorszych warunkach higjenicznych. I tutaj zaczyna się nasza, często niestety syzyfowa, praca. Niemało doświadczenia życiowego i umiejętności zawodowej potrzeba, aby posiąść zaufanie takiego pacjenta i uzyskać jego zgodę na długi szereg zmian w otoczeniu. Uwzględnić musimy przecież i higjenę osobistą i higjenę otoczenia, a więc stan chaty, podwórza, studni i t. p. Pomimo to, wskazówki nasze często lub zwykle nie odniosą skutku, nie wolno się nam tem zrażać i jeszcze w zapasie musimy mieć dobre, przyjazne słowo i pogodny uśmiech.

Mogłabym spotkać się z zarzutem Koleżanek, że złe warunki higjeniczne nie są właściwością tylko naszych wiosek, że stwierdza się je także w ciasnych, przeludnionych suterenach miejskich; że więc podnoszenie tego momentu nie wywoła zaciekawienia. Celowo zwracam na to uwagę, aby podkreślić różnicę miasta i wsi pod tym względem. Nędzę miejską, złe warunki higjeniczne otoczenia znosić się musi bez widoków poprawy, podczas gdy na wsi niejedno zło można usunąć niewielkiemi środkami, ale tylko przy dobrych chęciach i zrozumieniu mieszkańców, bo przecież uporządkowanie studni, podwórza i t. p. niewiele często wymagać będzie pracy. Fakt ten tem bardziej powinien nas zachęcać do wytrwałości i powstrzymywać od zniechęcenia. Musimy pamiętać o tem, że chociaż prątkującemu

gruźlikowi, mieszkającemu w jednej izbie z całą rodziną nie możemy stworzyć odmiennych warunków mieszkaniowych, to przecież w wielu innych wypadkach ciągłem czuwaniem, stałemi wskazówkami wiele dobrego uczynić możemy. (Ciąg dalszy nastąpi)

Anna Mańkowska - Mulakowa
abs. W. S. P., b. instruktorka pielęgniarek
w wojew. lwowskiem

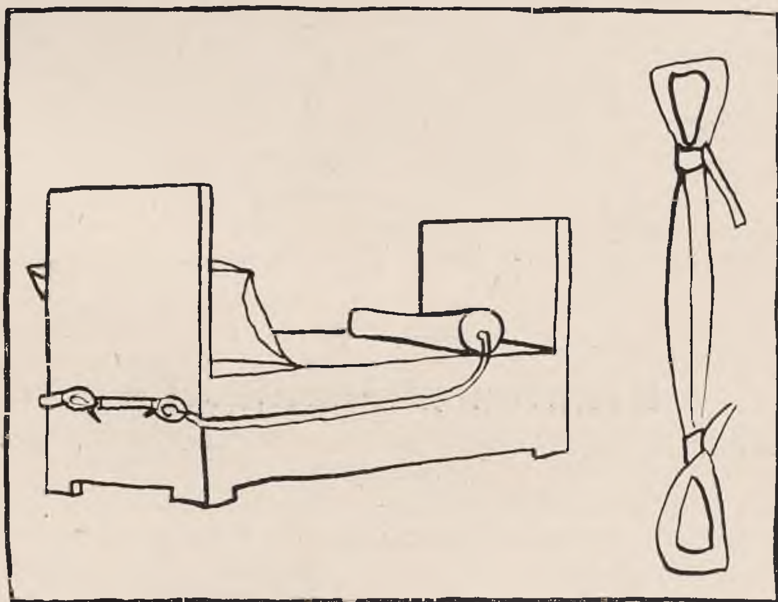
Notatki zawodowe

Wałek pod kolana na łóżku nieszpitalnem

Wałek z koców, owiniętych prześcieradłem, który wsuwamy leżącemu na wznak pacjentowi pod kolana, aby nie dopuścić do obsuwania się, — łatwo przymocować do łóżka szpitalnego, przywiązując bandażami z surówki do metalowych ram łóżka.

W domu prywatnym jednak chory leży często w łóżku drewnianem, o brzegach uniemożliwiających przywiązanie bandaża.

W tym wypadku poradzić sobie możemy następująco:



Związujemy szeroki bandaż z surówki — jak wskazuje rysunek — tak, aby z obu stron utworzyć pętle, a pętle te łączymy z końcami bandaży, przywiązanych po obu stronach wałka.

Sposób niezmiernie prosty i łatwy!

Wakacje dla pielęgniarek

Komunikat P. S. P. Z.

Pani Helena Żółcińska, b. st. pielęgniarka w kolonji leczniczej im. Dr. Brudzińskiego w Górce, Busko - Zdrój, ofiarowuje wspaniałomyślnie do bezpłatnego użytku pielęgniarek 2 pokoje w swoim domku w Busko-Zdroju.

Pokoje te — każdy z wejściem z korytarza — są umeblowane, z łóżkami i pościelą. Domek skanalizowany. Służąca na miejscu. W czasie od 1. VI. do 31. VIII., t. j. podczas sezonu mogłoby korzystać z gościny p. Żółcińskiej około 9 osób, każda po miesiącu, gdyż w pokoju większym mieszkać mogą dwie osoby, a w mniejszym — jedna.

Pielęgniarki, goszczące u p. Żółcińskiej, mogłyby stołować się w Zakładzie Leczniczym im. Dr. Brudzińskiego, dzięki uprzejmości dr. Starkiewicza, dyrektora Zakładu. Utrzymanie to, składające się ze śniadania, obiadu, podwieczorku i kolacji kosztowałoby 1.20 — 1.50 zł. dziennie.

P. S. P. Z. ma nadzieję, że dla pielęgniarek udałoby się zyskać zniżkę taksy klimatycznej i opłat kąpieli i zabiegów. Korespondencja w toku.

A zatem, wobec szczodrego ofiarowania przez p. Żółcińską bezpłatnego mieszkania, koszt całkowitego utrzymania i kuracji w ciągu miesiąca obejmowałby 150 zł.

Busko położone jest malowniczo, wśród pagórków, w okolicy Gór Świętokrzyskich, w woj. kieleckiem. Miejscowość zdrowa, ładny las iglasty. Miłe spacery i wycieczki, kąpiele: solanki, siarczane, gazowe, błotne. Zakład fizyko - terapji. — Wskazania lecznicze: reumatyzm, artretyzm, gruźlica kostna, choroby przemiany materji, nerek, serca.

Pielęgniarki, chcące przepędzić wakacje w Busko - Zdroju, zechcą zgłaszać jak najrychlej swoje nazwiska i adresy, podając jednocześnie czas, kiedyby chciały wyjechać na kurację, do p. Janiny Masiewiczówny, sekretarki P. S. P. Z., Referat Pielęgniarstwa M. O. S., Długa 38/40, Warszawa.

Kronika pielęgniarska

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA W POZNANIU

Dnia 9. marca 1935 r. odbyło się wręczenie dyplomów kończącym studja słuchaczkom Szkoły Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Poznaniu. Dyplomy otrzymały:

Halina Drohojecka
Władysława Lejanka
Irena Małecka
Marcela Neumannówna
Jadwiga Pajchlówna
Marja Pawelska
Celina Pawlicka
Marta Pietrzakówna
Anna Pietraszkówna
Dorota Pyżalska
Irena Rieve
Sabina Twardowska
Jadwiga Wysocka

Z LWOWSKIEGO KOŁA P. S. P. Z.

Lwowskie Koło P. S. P. Z. zorganizowało, na ogólne życzenie członków i gości Koła, krótki kurs dokształcający. Kurs obejmował 10 godzin wykładów. Wykłady odbywały się w godzinach od 20 — 21.30 w sali Polikliniki, oraz Inst. Mikrobjologji przy Akademji Medyc. Weterynaryjnej.

Program Kursu obejmował następujące wykłady:

1. Administracja szpitalna — p. Kwiatkowski
2. Prawna opieka nad dzieckiem w Polsce — p. Keller - Krausówna
3. Ustrój Państwa Polskiego — p. dr. Kruczkiewiczówna
4. Nowe badania serologiczne — prof. dr. Legeżyński
5. Technika pobierania krwi, przygotowanie rozmazów i t. d. — S. Sydonja Neuwaldowa

Uczestniczki Kursu wpłacały po 3 zł. Kurs wzbudził duże zainteresowanie, frekwencja uczestniczek była liczna. Zarząd Koła Lwowskiego czuje się w obowiązku podziękowania wszystkim wykładowcom za życzliwą i ofiarną pomoc w zorganizowaniu Kursu. (—) *M. Ejsmontówna*, sekretarka.

ZMIANY POSAD W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU W PAŹDZIERNIKU, LISTOPADZIE i GRUDNIU 1934 ROKU

Październik 1934:

S. Leśniewska Adela ze Szpitala Wojskowego Łódź do Szpitala Wojskowego Kraków
S. Kubicka Hanna ze Szpitala Wojskowego Kraków do Szpitala Wojskowego Przemyśl
S. Stanisławska Helena ze Szpitala Wojskowego Grodno do Szpitala Wojsk. Przemyśl
S. Lenczewska Marja ze Szpitala Wojskowego Chełm do Szpitala Wojsk. Brześć n/B.
S. Napadłówna Adamina ze Szpitala Wojskowego Poznań do Szpitala Wojsk. Brześć n/B.
S. Kamińska Kazimiera po specjalizacji do Szpitala Wojskowego Kraków
S. Gębicka Władysława po specjalizacji do Szpitala Morskiego Gdynia
S. Sawicka Janina po specjalizacji do Szpitala Wojskowego Łódź
S. Urbanicka Alina z Kolumny Oft. PCK. do Kolumny Przeciwjagliczej M. Op. Sp.

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż:

P. Rotterówna Halina, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Chełm Lubelski
P. Frąckowiak Helena, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szpitala przem. - Gospod. Łódź
P. Ciesielska Władysława, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szpitala Psychj. Warta
P. Walewska Helena, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szk. Piel. W - wa jako instr.
P. Węgorzewska Jadwiga, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szk. Piel. W-a jako instr.
P. Żelazowska Janina, Abs. Szkoły Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża Warszawa do Okręgu Podlaskiego Polskiego Czerwonego Krzyża jako instr. na wsi.

Listopad 1934 r.:

S. Rebelkówna Łucja ze Szkoły Piel. PCK. Poznań do Sanatorjum Wojskowego Rajcza
S. Kowalska Halina z Kolumny Oft. PCK. Poznań do Ośrodka Zdrowia PCK. Burzec
S. Wiedeńska Zofja po specjalizacji do Ośrodka Zdrowia Polsk. Czerw. Krzyża Burzec
S. Weimanówna Irena ze Szp. Wojsk. Brześć do Szpitala Wojskowego Poznań
S. Kempińska Anna ze Szpitala Wojsk. Poznań do Szpitala Wojsk. Brześć nad Bugiem
S. Łuszczewska Zofja ze Szpitala Wojskowego Łódź do Kliniki Uniwersyteckiej Warszawa

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż:

P. Puławska Marja, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Psych. dla Dzieci Warszawa
P. Wadowska Wanda, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Psych. dla Dzieci Warszawa
P. Kondracka Ludwika, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Okr. Wileńskiego PCK. jako instruktorka na wsi
P. Rogalska Genowefa, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szpitala Wojsk. Łódź.

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krzyżu:

S. Węclawowicz Wanda, przełożona SS. ze Szpitala Wojskowego Kraków
S. Zych - Bogacka Anna ze Szpitala Wojskowego Łódź
S. Chłopecka - Dehnel Marja, instruktorka w Szkole Pielęgniarskiej PCK. Warszawa.

Grudzień 1934 r.:

S. Bergowa Katarzyna ze Szp. Wojsk. Warszawa do Szp. Wojskowego Łódź
S. Sawicka Janina ze Szp. Wojsk. Łódź do Szpitala Wojskowego C. W. San.

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż:

P. Polowa Zofja, Abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szpitala Wojskowego Łódź
P. Górzyńska Irena, Abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do PCK. Białystok
P. Piekarewicz Apolonja, Abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szk. Piel. Warszawa jako instruktorka
P. Kuśmierkówna Prakseda, Abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Łódź

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krzyżu:

S. Michalewska Antonina ze Szpitala Wojskowego Kraków
S. Bielska - Drzewiecka ze Szpitala Wojskowego Kraków
S. Chocianowicz Ewa ze Szpitala Wojskowego Chełm
S. Wołoszynówna Józefa ze Szpitala Wojskowego Grodno
S. Koźmińska Michalina ze Szpitala Wojskowego Warszawa, C. W. San.

KRONIKA

KURSA SANITARNE DLA KSIĘŻY

P. C. K. zorganizował we Lwowie kurs ratownictwa ogólnego i przeciwgazowego dla księży, kleryków i zakonników. Kurs ten znalazł najżyczliwsze poparcie ze strony J. E. Ks. Biskupa Twardowskiego, rozumiejącego potrzebę racjonalnego kształcenia osób będących w całem tego słowa znaczeniu oddanych na usługi bliźnich. Rozdano 35 dyplomów absolwentom kursu w obecności przedstawicieli duchowieństwa, szefa sanitarnego DOK., delegata okręgu lwowskiego oraz prezesa PCK. lwowskiego. Ks. Kanonik Grudziński przemówił do kursistów, podnosząc znaczenie kursów oraz korzyści, jakie przynieść może wiedza, nabyta w ciągu choćby tak krótkich kursów i zachęcał, by absolwenci zachęcili innych do odbycia podobnego przeszkolenia. W imieniu absolwentów przemówił ks. Herman, zaznaczając wdzięczność PCK. lwowskiemu za inicjatywę i zorganizowanie kursów, w urządzeniu których organizatorzy pracowali bezinteresownie, uwzględniając warunki finansowe słuchaczy.

Kurs dla księży, zakonników i kleryków we Lwowie jest pierwszym tego rodzaju. Należy się spodziewać, że PCK. i w innych miejscowościach zainicjuje przygotowanie duchowieństwa do racjonalnego niesienia pomocy potrzebującym.

KURS ALKOHOLOGJI

Z ramienia Wileńskiego T-wa „Mens“ dla walki z alkoholizmem i innemi nałogami od dnia 17 — 27 marca odbył się pod kierunkiem prof. St. Władyczki kurs alkohologji. Zarejestrowanych słuchaczy było 542, w tem: lekarzy 46, pomocniczego personelu lekarskiego 60, — w tem 6 pielęgniarek dyplomowanych studentów U. S. B. 12, alumnów Seminarjum Wileńskiego 31, nauczycieli szkół średnich i powszechnych 12, urzędników państwowych i samorządowych 25, funkcjonarjuszy policji państwowej 5, uczennic szkół położnych 108, uczennic kursów pielęgnowania dziecka 49, kursów pielęgniarskich „TOZ“ 49, innych — 144. Godzin wykładowych łącznie z seminarjum było 20.

Dnia 24. marca odbyła się w sali Śniadeckich U. S. B. Akademja przeciwalkoholowa, na której było obecnych koło 500 osób.

W ciągu roku odbywają się z ramienia T-wa „Mens“ odczyty z pokazem przezroczy, o czem publiczność zostaje powiadamiana przez prasę i afisze.

W chwili obecnej przy T-wie organizuje się Koło Pań opieki nad rodzinami alkoholików.

OBNIŻKA OPŁAT W UZDROWISKACH

Odpowiednie czynniki obradowały nad wysokością taks kuracyjnych oraz opłat za kąpiele i zabiegi lecznicze w uzdrowiskach państwowych. Postanowiono obniżyć ceny, co niezawodnie przyczyni się do zwiększenia frekwencji w uzdrowiskach oraz powiększy liczbę korzystających z urządzeń leczniczych. W konferencji wzięli udział właściciele prywatnych uzdrowisk, solidaryzując się w ustaleniu opłat na rok bieżący.

SANATORJUM LIGI SZKOLNEJ

W Swidrze pod Warszawą otwarto w kwietniu b. r. pierwsze sanatorjum Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej. Sanatorjum, urządzone według najnowszych wymagań, przeznaczono dla chłopców, zagrożonych gruźlicą. — Z radością powitać należy powołanie do życia tak niezmiernie ważnej placówki zapobiegawczej w walce z gruźlicą wśród dzieci.

O HIGJENĘ W PRZEMYŚLE

Z początkiem marca b. r. odbyła się w Warszawie konferencja, zwołana przez dyr. Kazimierza Kornilowicza z inicjatywy Instytutu Społecznego. Obradowano nad organizacją służby lekarskiej w zakładach przemysłowych. Stwierdzono, że jednym z pierwszych kroków, jakie należy uczynić dla zorganizowania higjeny i bezpieczeństwa pracy jest utworzenie stanowisk lekarzy fabrycznych w pierwszym rzędzie w zakładach państwowych.

Sądzić należy, że lekarz fabryczny nie obejdzie się bez pielęgniarki fabrycznej, że więc pielęgniarstwo w Polsce wzbogaci się jeszcze o jedną gałęź. Do tej pory jest ona jeszcze w zarodku; z pielęgniarek dyplomowanych dwie tylko pracują w fabrykach (poza żłóbkami fabrycznemi), jedna w Warszawie, a jedna w Radomiu.

POMOC NAUKOWA

Instytut Higjeny Psychicznej w Warszawie otrzymał wydatną pomoc w formie subwencji z Fundacji Rockefellera, celem kształcenia lekarzy i prowadzenia dalszych prac.

PROPAGANDA HIGJENY

W Wielkich Oczach (Małopolska) rozpoczęło się wydawnictwo „Karty Zdrowia“, celem propagandy i pomocy szerzenia higjeny wśród szerokich mas ludności.

OPIEKA OTWARTA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI

Na terenie gminy Choroszcz z inicjatywy dr. Deresza, lekarza naczelnego Szpitala psychjatrycznego w Choroszczy, zorganizowana została opieka pozazakładowa dla psychicznie chorych. W opiece tej pozostawało w 1934 r. 110 mężczyzn i 78 kobiet. Chorzy oddawani są do rodzin, mających odpowiednie warunki, licząc na 1 dorosłego członka rodziny 1 chorego, z tem, że do jednego domu więcej niż 4 chorych oddanych być nie może. Szpital płaci rodzinie 30 zł. miesięcznie oraz daje bieliznę, ubranie, łóżko i pościel. Kontrolę i opiekę lekarską po domach sprawuje na terenie 3 lekarzy i 1 pielęgniarz.

W Białymstoku, również z inicjatywy dr. Deresza, istnieje poradnia psychjatryczna i poradnia przeciwalkoholowa, w których ordynują bezinteresownie lekarze z Zakładu w Choroszczy, oraz pracuje płatna pielęgniarka społeczna. Dla niezamożnych pacjentów wydawane są bezpłatnie lekarstwa z apteki miejskiej. — W projekcie jest zorganizowanie terapji zajęciowej samowystarczalnej oraz świetlicy przy poradni psychjatrycznej.

PROPAGANDA CZERWONEGO KRZYŻA

W Bagdadzie odbyło się w ostatnich czasach otwarcie siedziby Towarzystwa Czerwonego Półksiężyca Iraku. W uroczystości wzięli udział liczni przedstawiciele władz miejscowych, delegat Ligi Czerwonego Krzyża płk. Petersen, oraz pp. Bujakowscy, Polacy, którzy wyruszając swego czasu w podróż motocyklem po Azji, zabrali ze sobą wydawnictwa i plakaty Polskiego Czerwonego Krzyża, celem rozdawania materjału propagandowego w krajach zwiedzanych w czasie wycieczki.

PIELĘGNIARKI W LOTNICTWIE

Ministerstwo Lotnictwa we Francji przeznaczyło 2 stałe stypendja na szkolenie pielęgniarek dyplomowanych w pilotowaniu samolotami sanitarnemi. Prócz tego ministerstwo wydało polecenie w sprawie przeszkalania pielęgniarek w pomocy sanitarno-lotniczej w sekcji kobiet Aeroklubu Francji.

BADANIE SZOFERÓW

Dzięki rozwojowi higjeny psychicznej we Francji, tamtejsza Akademja Medyczna zwróciła specjalną uwagę na warunki psychofizjologiczne szoferów. W związku z tem wniesiono do odpowiednich władz projekt wytycznych, któremi należałoby się kierować przy wydawaniu dyplomów szoferskich. celem częściowego zabezpieczenia pasażerów od wypadków.

A więc wymagać się powinno bezwarunkowo a) ukończenia 21 lat życia; b) odmawiania prowadzenia samochodu osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznemi, niedomogą serca, naczyń lub systemu nerwowego, wzrokowego i słuchowego, oraz inwalidom. o ile protezy uniemożliwiają prawidłowe prowadzenie samochodu; c) wydawania zezwoleń najwyżej na 10 lat, (w niektórych wypadkach na 3 lata), po upływie których musi nastąpić badanie powtórne; d) w razie choćby jednorazowego upicia się alkoholem lub stwierdzenia narkomanji nabytej w okresie posiadania zezwolenia na prowadzenie samochodu, komisja ma prawo odebrać bezwarunkowo zezwolenie; e) szofer. który z własnej winy stał się przyczyną wypadku, winien poddać się ponownym badaniom komisji lekarskiej.

UZDROWIENIA W LOURDES

W ciągu 1934 roku w Lourdes pracowało w komisji sprawdzającej uzdrowienia 790 lekarzy. W tymże okresie lekarskie biuro, składające się z lekarzy różnych przekonań stwierdziło 14 cudownych uzdrowień.

Co czytać?

Wydawnictwo lekarskie „Eskulap“ w Warszawie, (Kopernika 32), od roku ub. rozpoczęło wydawnictwo p. t. „Monografje lekarskie dla lekarzy - praktyków“. Kolejno wychodzące zeszyty o tematach najróżnorodniejszych tworzą każdy odrębną całość. Pisane są przystępnie, podają teorję naukową, przechodząc następnie do praktycznego zastosowania leczniczego.

1) „KLINIKA i LECZENIE KSZTUŚCA“ dr. med. W. Mikułowskiego, (zeszyt I., 1934 r.).

2) „MIGRENA i STANY POKREWNE“ dr. med. H. Higiera, (zeszyt 5, 1934 r.).

3) „O CUKRZYCY i JEJ LECZENIU“ doc. dr. med. J. Węgierki, (zeszyt 6/8, 1934).

4) „ROZPOZNAWANIE i LECZENIE STANÓW ŻÓŁTACZKOWYCH“ dr. med. J. Glassera, (zeszyt 1/3, 1935 r.)

pozwalają nam zapoznać się z najnowszemi teorjami na wymienione tematy i ze sposobem zapobiegania oraz leczenia stanów patologicznych.

Prace te, oparte na doświadczeniach i wiedzy szerokiego świata naukowego, podane są w sposób jasny i łatwy, tak że wielką korzyść odniosłyby pielęgniarki przez zapoznanie się z niemi.

Pielęgniarki po przeczytaniu **„Kliniki i leczenia kztuśca“** dr. Mikułowskiego zwrócą z pewnością uwagę na niejeden szczegół w obserwacji chorego, zaznaczony w tej pracy. Rozszerzywszy tym sposobem pole swych spostrzeżeń, pomagać będą lekarzowi do pewniejszego ustalenia diagnozy i kierowania leczeniem.

Dr. Higier w pracy swej **„Migrena i stany pokrewne“**, ujmuje praktycznie podział i objawy migreny. Przytacza cały szereg zabiegów wykonywanych w celach leczenia, oraz zabiegów, przynoszących ulgę w czasie jej trwania; zaleca również działanie w kierunku zapobiegawczym, leczenia przyczynowego i stworzenia warunków życia bez trosk, wstrząsów, bez przemęczenia i t. d.

Praca dr. Higiera zwróci niezawodnie baczniejszą uwagę pielęgniarek na przyczynowy podkład migren i racjonalne kierowanie chorych do leczenia, a nie doraźnego tylko przynoszenia ulgi w czasie paroksyzmu migrenowego.

W monografjach: **„O cukrzycy i jej leczeniu“**, oraz **„Rozpoznawanie i leczenie stanów żółtaczkowych“**, znajdujemy wiele wskazówek dietetycznych i zapoznajemy się z metodami klinicznemi ustalania djagnozy i prowadzenia terapji.

Przestudjowanie prac wyżej wymienionych, ciekawych, pisanych przystępnie pozwoli nam przez pogłębienie wiedzy stawać się coraz większą pomocą lekarzowi. A przez rozumną i jasną świadomość naszej współpracy — wpływać na chorego, aby dokładnie przeprowadzał kurację i przestrzegał zleceń dawanych mu przy opuszczaniu zakładu leczniczego.

Z nadesłanych nam do redakcji „Pielęgniarki“ monografij, wzięliśmy pod uwagę te, w których możemy znaleźć materjał, potrzebny do dokształcania się, podniesienia poziomu wiedzy, potrzebnej w naszym zawodzie. *M. St.*

PAMIĘTAJ O BUDOWIE POMNIKA KU CZCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ

Konto P. K. O.: 14.111

Jesteśmy w gmachu Min. Rolnictwa przy ulicy Senatorskiej, w pracowni artysty rzeźbiarza, laureata Akademji Paryskiej, profesora Wittiga.

Pośrodku pracowni, wśród rusztowań, wznosi się bryła potężnych rozmiarów, pokryta mokremi płótnami. Na znak dany przez profesora Wittiga, płótna są usunięte,

a oczom naszym przedstawia się grupa dwóch postaci: sanitarjusz w bluzie żołnierskiej, podtrzymujący rannego. Sanitarjusz — to uosobienie skupienia i spokoju; chwytem silnym i pewnym, lecz zarazem jakże miękkim i litosnym, oburącz podtrzymuje rannego. Młody ranny upada na kolana, głowa okryta hełmem zwisa bezwładnie, twarz pełna bólu; jest ona przeciwstawieniem siły i skupienia pierwszej postaci. Opadające ramiona, obnażona pierś, bezwład rannego — wzywają ratunku.

Ta rzeźba, to symbol obowiązku niesienia pomocy samarytańskiej, a została stworzona jako pomnik ku czci członków Służby Zdrowia, poległych za Ojczyznę. A jest ich cały legjon. Kule i gazy trujące nie szczędzą lekarzy, sanitarjuszów i pielęgniarek, a niemniej grożą im epidemje i choroby zakaźne, historja, których łączy się zawsze z historją wielkich wojen. Lata 1919 i 1920, podczas epidemji tyfusu plamistego, pochłonęły kilkuset lekarzy, a znacznie więcej innego personelu sanitarnego. Ofiara życia w służbie zdrowia jest niemniej szczytną, niż na polu chwały, a ci, co tę ofiarę złożyli, zasłużyli na wdzięczność i pamięć narodu.

Pamięć tych licznych, znanych i nieznanych, bohaterów obowiązku jest najdroższą ich kolegom: lekarzom, sanitarjuszom, farmaceutom, pielęgniarkom; nic też dziwnego, że myśl wzniesienia pomnika służby zdrowia zrodziła się w świecie lekarskim. W Komitecie skupili się przedstawiciele całej Służby Zdrowia tak cywilnej, jak i wojskowej, przedstawiciele wydziałów lekarskiego i farmaceutycznego Uniw. Warszawskiego, Naczelnej Izby Lekarskiej, Ubezpieczalni Społecznej, Związków i Towarzystw Lekarskich i Farmaceutycznych, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. w osobach:

Dr. Adamski Jan, Dr. Borzęcki Tadeusz, Dr. Chodźko Witold, Dr. Czubalski Franciszek, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Eberhardt Maksymiljan, Dr. Falkowski Stefan, Mr. Filipowicz Wacław, Dr. Fronczak Franciszek (U. S. A.), Mr. Gessner Jan Dr. Gilewicz Zygmunt, Dr. Gurbski Stanisław, Dr. Gluziński Antoni, Mr. Herod Franciszek, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Konopacki Mieczysław, Dr. Koskowski Bronisław, Koźmińska Michalina, Dr. Kawiński Jan, Dr. Kaliciński Wiktor (sekretarz), Dr. Kołłątaj Srzednicki Jan (przewodniczący), Dr. Michałowicz Mieczysław, Dr. Modrakowski Jerzy, Dr. Moszczeński Leon, Dr. Orzechowski Konrad, Dr. Owczarewicz Leon, Dr. Piestrzyński Eugenjusz, Dr. Raźniewski Zygmunt, Dr. Rouppert Stanisław, Dr. Rudzki Stefan, Dr. Rogalski Wojciech, Dr. Składkowski Sławoj, Mr. Sokolewicz Wacław, Dr. Szenajch Władysław, Dr. Szulc Gustaw, Mr. Szyszko Edmund, Hr. Tarnowska Michalina, Dr. Turski Antoni, Dr. Tubiasz Stanisław, Dr. Wernic Leon, Dr. Wroczyński Czesław, Wróblewski Antoni (skarbnik), Dr. Zembrzuski Ludwik, Dr. Zakliński Bohdan, Dr. Żmigród Bolesław.

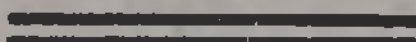
Wspólnemi wysiłkami całego świata lekarskiego zebrano część potrzebnych funduszów. Dobrowolne opodatkowanie się lekarzy wojskowych, składki lekarzy cywilnych, opodatkowanie się farmaceutów, subwencje rządowe i banków, dały ogółem dotychczas sumę 168.009.01 złotych. Brakującą sumę około 50.000 złotych złożą jeszcze niewątpliwie wszyscy członkowie Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, wszyscy lekarze, farmaceuci, sanitarjusze i pielęgniarki.

Pomnik stanie na jednym z placów Warszawy. Będzie ozdobą naszej stolicy i uwieczni wdzięczną pamięć za ofiarę życia bezimiennych bohaterów obowiązku, — ku pamięci przyszłych pokoleń członków Służby Zdrowia, — ku pokrzepieniu ducha w godzinę próby.

Roboty rzeźbiarskie pomnika ukończone będą jeszcze w bieżącym roku. Komitet zwraca się do wszystkich lekarzy cywilnych i wojskowych o wpłacenie składek na cele budowy pomnika, na konto P. K. O. Nr. 14.111. Biuro Komitetu mieści się w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, ul. Górnośląska 45 (dawniej Szpital Ujazdowski).

Komitet Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem Romana Ferka.



Już ukazała się w

DZIENNIKU USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Nr 27, z 16. IV. 1935

USTAWA O PIELĘGNIARSTWIE

z dnia 21 lutego 1935

Tekst Ustawy — w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej“

